



Bulletin d'Adhésion 2024

NOM _____

Prénom _____

Titre
Professionnel _____

Adresse

CP _____ Ville _____

Diplôme : _____ N° RPPS _____
(année)

Compétence
ou DU _____
(JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DIPLOME)

Téléphone _____

Email _____

- J'adhère à DomCica
- je verse la somme de **65 €** pour les professionnels de santé : je reçois 1 référentiel de l'année civile en cours
 - je verse la somme de **130 €** pour les Établissements de Santé, EHPAD : je reçois 2 référentiels de l'année civile en cours

- Je déclare les informations ci-dessus exactes et avoir pris connaissance des Statuts de DomCica.

Toute demande de radiation devra être adressée à DomCica.

Fait à :

Le :

Signature

DomCica (Association loi 1901)
5 rue Tripière - 31000 TOULOUSE

Tél : 06.68.38.52.11

Courriel : domcica31@gmail.com

Site internet : <https://domcica.fr>